



La prise d'un rendez-vous urgent pour une infection urinaire constitue-t-elle le meilleur signe de la présence de celle-ci?

QUESTION CLINIQUE

Qu'est-ce qui aide à diagnostiquer les infections urinaires non compliquées symptomatiques chez les femmes adultes?

CONCLUSION

En général, les symptômes individuels et la présence de leucocytes lors des analyses d'urine ne sont pas très utiles pour l'établissement du diagnostic. La présence de nitrites augmente la probabilité d'infection urinaire, mais leur absence ne veut pas dire grand-chose. Environ 60 % des femmes qui se présentent aux soins primaires avec une infection urinaire possible en sont vraiment atteintes (avant une anamnèse, un examen physique ou des analyses quelconques). Il est probable qu'on passe à côté de cas avec la réalisation d'une seule culture d'urine, ce qui signifie que la prévalence est encore plus grande.

DONNÉES PROBANTES

- Prévalence d'infections urinaires : Dans le secteur des soins primaires, de 49 à 79 % des femmes qui se présentent avec une infection urinaire possible en sont vraiment atteintes selon les

critères établis pour une culture positive¹. D'autres études ont constaté une prévalence moyenne de 55 %, de 59 % et de 40 à 60 %²⁻⁴.

- Symptômes d'infection urinaire : 4 revues systématiques^{1,3-5} (de 4 à 16 études, de 948 à 3 711 femmes), dans des contextes de médecine familiale ou de service d'urgence. La plus grande revue¹ qui s'est intéressée au contexte des soins primaires a regroupé les données de 16 études portant sur un total de 3 711 patientes :
 - Fréquence : rapport de vraisemblance positif (RV+) = 1,09 et rapport de vraisemblance négatif (RV-) = 0,58.
 - Résultats semblables concernant la dysurie et l'urgence : RV+ = 1,17-1,22, RV- = 0,61-0,7.
 - D'autres revues systématiques ont constaté des résultats semblables pour d'autres symptômes³⁻⁵. Le rapport de prévalence positif le plus élevé est de 2,3 pour n'importe quel symptôme⁴.
 - Par conséquent, les symptômes indiqués en réponse aux questions des cliniciens ne sont pas très utiles.
- Analyse d'urine avec bandelette : 6 revues systématiques^{2-4,6-8} (de 4 à 43 études, de 948 à 12 554 femmes). La plus grande revue³ a regroupé des données sur les soins primaires (11 études, 2 813 patientes) :
 - Leucocytes ($\geq 1+$)³ : RV+ = 1,4 et RV- = 0,44.
 - D'autres revues^{2,4,6,7} ont constaté des RV- semblables, mais des RV+ variant de 1,0 à 4,9.
 - Dans l'ensemble, la présence de leucocytes n'est pas très utile.
 - Nitrites ($\geq 1+$)³ : RV+ = 6,5 et RV- = 0,58.
 - D'autres revues^{2,4,6,7} ont constaté des RV- semblables, mais des RV+ variant de 1,5 à 29 (résultats très incohérents).
 - Dans l'ensemble, les nitrites sont utiles pour établir un diagnostic d'infection urinaire lorsque les résultats sont positifs, mais ils ne servent pas à l'exclure quand les résultats sont négatifs.
 - Sang ($\geq 1+$)⁴ : RV+ = 2,1 et RV- = 0,3.
- De nombreuses limites, par exemple l'absence de regroupement des données^{4,6}, des différences sur le nombre d'unités formant des colonies (de 10^2 à 10^8) comme norme de référence pour les cultures^{2,6,7}, la date de publication (plus de 30 ans)⁸ et des différences au niveau des populations et des patientes asymptomatiques⁷.

CONTEXTE

- La culture d'urine est une norme de référence imparfaite (on risque ainsi de passer à côté de cas). Exemples :
 - Chez 220 femmes symptomatiques, 80 % présentaient une culture positive, mais l'amplification en chaîne par polymérase (PCR) a révélé la présence d'*E. coli* chez 96 % d'entre elles⁹.
 - Parmi les 42 femmes symptomatiques non traitées dont les cultures ont été négatives en premier lieu, 31 % ont eu une culture positive dans les 6 semaines¹⁰.
- Les rapports de vraisemblance renseignent davantage que la sensibilité et la spécificité.
 - LR+ pour l'établissement du diagnostic : ≥ 10 = très utile, 5-9,9 = utile, 2-4,9 = modérément utile, < 2 = peu utile.

- LR- pour l'exclusion du diagnostic : $\leq 0,1$ = très utile, $0,11-0,2$ = utile, $0,21-0,5$ = modérément utile, $> 0,5$ = peu utile.

RÉFÉRENCES

1. Giesen L, Cousins G, Dimitrov B *et al.* BMC Family Practice 2010; 11:78.
2. Deville W, Yzermans J, van Duijn N *et al.* BMC Urology 2004; 4:4.
3. Medina-Bombardó D, Jover-Palmer A. BMC Family Practice 2011; 12:111.
4. Meister L, Morley E, Scheer D *et al.* Acad Emerg Med. 2013;20:632-645.
5. Bent S, Nalmothu B, Simel D *et al.* JAMA 2002 Mai 22/29; 287:20,2701-2710.
6. Schiemann G, Kniehl E, Gebhardt K *et al.* Deutsches Ärzteblatt International 2010; 107(21): 361-367.
7. St. John A, Boyd J, Lowes A *et al.* Am J Clin Pathol. 2005; 125:428-436.
8. Hurlbut T, Littenberg B. Am J Clin Pathol. 1991; 96:5,582-588.
9. Heytens S, De Sutter A, Coorevits L *et al.* Clin Microbiol Infect 2017; 23:647-652.
10. Ferry S, Holm S, Stenlund H *et al.* Scand J Infect Dis. 2004; 36:296-301.

AUTEURS

Jennifer Young, M.D. CCMF-MU, **Betsy Thomas, B. Sc. Pharm,** **G Michael Allan, M.D., CCMF**

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer.

OUTILS DE LA PRATIQUE RENDE POSSIBLE PAR



EN PARTENARIAT AVEC



Les articles Outils de la pratique sont des articles révisés par les pairs qui résument les données médicales pouvant transformer la pratique de première ligne. Ils sont coordonnés par les Drs **G. Michael Allan** et **Adrienne Lindblad** et rédigés par le groupe PEER (Patients, Experience, Evidence, Research), avec l'appui du Collège des médecins de famille du Canada, et des Collèges des médecins de famille de l'Alberta, de l'Ontario et de la Saskatchewan. Les commentaires sont les bienvenus à l'adresse toolsforpractice@cfpc.ca. Les articles sont archivés à www.toolsforpractice.ca.

Cette communication exprime l'opinion des auteurs et ne reflète pas nécessairement le point de vue ni la politique du Collège des médecins de famille du Canada.